

Principales constatations

La charge mondiale de tuberculose

1. On a estimé à 9,2 millions le nombre de nouveaux cas de tuberculose en 2006 (139 pour 100 000) dont 4,1 millions de nouveaux cas à frottis positif (44 % du total) et 0,7 million de VIH-positifs (8 % du total). L'augmentation par rapport aux 9,1 millions de cas en 2005 résulte de la croissance démographique. Les cinq pays qui ont enregistré le plus grand nombre de cas étaient, dans l'ordre, l'Inde, la Chine, l'Indonésie, l'Afrique du Sud et le Nigéria. C'est dans la Région africaine que le taux d'incidence pour 100 000 est le plus élevé (363).
2. La prévalence de la tuberculose en 2006 a été estimée à 14,4 millions de cas.
3. Le nombre de cas de tuberculose à bacilles multi-résistants (tuberculose MR) en 2006 a été estimé à 0,5 million.
4. Le nombre de décès par tuberculose en 2006 a été estimé à 1,7 millions dont 0,2 millions VIH-positifs.
5. En 2007, 202 pays et territoires (sur 212) ont notifié à l'OMS des données concernant la tuberculose pour 2006. Au total, 5,1 millions de nouveaux cas (sur les 9,2 millions de nouveaux cas estimés) ont été notifiés pour 2006 par ces 202 pays et territoires, dont 2,5 millions (50 %) étaient des nouveaux cas à frottis positif. Trois Régions de l'OMS, l'Afrique, l'Asie du Sud-Est et le Pacifique occidental, totalisaient 83 % des cas notifiés.

Cibles et stratégies de lutte antituberculeuse

6. Les cibles de la lutte mondiale ont été fixées dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). La cible 6.C de l'OMD 6 consiste à maîtriser la tuberculose et commencer à inverser la tendance d'ici 2015. Le Partenariat Halte à la tuberculose a fixé deux cibles supplémentaires concernant l'impact, qui consistent à réduire de moitié les taux de prévalence et de mortalité d'ici 2015 comparativement au niveau de 1990. Les cibles initialement fixées par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1991 consistent à détecter au moins 70 % des nouveaux cas à frottis positif dans le cadre des programmes DOTS et à traiter avec succès au moins 85 % des cas détectés. Les cinq cibles ont été adoptées par le Partenariat Halte à la tuberculose et reconnues en 2007 dans

une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA60.19).

7. La Stratégie Halte à la tuberculose lancée par l'OMS en 2006 vise à atteindre les cibles pour 2015 concernant l'impact ainsi que les cibles concernant la détection des cas et le taux de succès thérapeutiques. Le plan mondial, lancé en janvier 2006, précise à quelle échelle les six éléments de la Stratégie Halte à la tuberculose doivent être appliqués pour atteindre ces cibles et indique le financement nécessaire pour chaque année de 2006 à 2015.
8. La Stratégie Halte à la tuberculose comprend six éléments essentiels : i) poursuivre l'extension d'une stratégie DOTS de qualité et son amélioration ; ii) lutter contre la co-infection tuberculose-VIH, contre la tuberculose MR et s'attaquer à d'autres défis ; iii) contribuer au renforcement des systèmes de santé ; iv) impliquer tous les soignants ; v) donner aux personnes atteintes de tuberculose et aux communautés la capacité d'agir et vi) favoriser et promouvoir la recherche.

Mise en œuvre de la Stratégie Halte à la tuberculose

Poursuivre l'extension d'une stratégie DOTS de qualité et son amélioration

9. La stratégie DOTS a été appliquée dans 184 pays regroupant 99 % des cas de tuberculose et 93 % de la population mondiale en 2006. Au total, 4,9 millions de nouveaux cas de tuberculose estimés ont été notifiés par des programmes DOTS en 2006 (98 % du total mondial de 5,1 millions de nouveaux cas notifiés), dont 2,5 millions de nouveaux cas à frottis positif (99 % du total mondial des cas notifiés). Entre 1995 (quand on a commencé à disposer de données fiables) et 2006, les programmes DOTS ont notifié en tout 31,8 millions de nouveaux cas et de rechutes et 15,5 millions de nouveaux cas à frottis positif.

Lutter contre la co-infection tuberculose-VIH, contre la tuberculose MR et s'attaquer à d'autres défis

10. Des progrès considérables ont été enregistrés concernant le test de dépistage du VIH chez les malades de la tuberculose, et l'administration d'un traitement préventif au cotrimoxazole (TPC) et d'un traitement antirétroviral (ART) aux cas de tuberculose VIH-positifs.

11. Près de 700 000 malades de la tuberculose ont subi un test de dépistage du VIH en 2006 dans l'ensemble des pays fournissant des données, contre 470 000 en 2005 et 22 000 en 2002. Le nombre de malades ayant subi un test en 2006 représentait 12 % du total mondial de cas de tuberculose notifiés et 22 % des cas notifiés dans la Région africaine. Parmi les 11 pays africains enregistrant plus de 50 % du nombre total de cas de tuberculose chez des VIH-positifs qui ont signalé des données pour l'ensemble des années 2002–2006, le pourcentage des cas notifiés ayant subi un test a quadruplé, passant de 8 % à 35 %. Le Rwanda (76 %), le Malawi (64 %) et le Kenya (60 %) ont présenté les taux de tests de dépistage les plus élevés – des pourcentages supérieurs à la cible de 51 % fixée pour la Région africaine dans le plan mondial.
 12. Le nombre de malades de la tuberculose VIH-positifs sous CPT a atteint 147 000 en 2006, ce qui correspond à 78 % des cas de tuberculose VIH-positifs recensés par un test de dépistage et à 2,5 fois plus que les 58 000 cas sous CPT en 2005. Le nombre de TPC commencé est inférieur au demi-million prévu par le plan mondial pour 2006 ; il pourrait augmenter si davantage de pays enregistreraient des taux de dépistage plus élevés comparables à ceux du Rwanda, du Malawi et du Kenya.
 13. Le nombre de malades de la tuberculose VIH-positifs commençant un ART a été de 67 000 en 2006, c'est-à-dire plus du double des 29 000 signalés en 2005 et sept fois plus que les 9800 signalés en 2004, mais il reste inférieur à la cible de 220 000 pour 2006, prévue dans le plan mondial. La proportion des cas de tuberculose diagnostiqués comme VIH-positifs commençant un ART était de 41 % contre une cible de 44 % pour 2006 prévue par le plan mondial ; comme pour le TPC, les résultats ont été inférieurs à ceux prévus par le plan mondial en partie en raison de taux de dépistage du VIH pas assez élevés.
 14. Les interventions visant à réduire la charge de morbidité tuberculeuse chez les VIH-positifs sont bien en deçà des cibles fixées dans le plan mondial en 2006. La cible du plan mondial pour 2006 prévoyait le dépistage de 11 millions de VIH-positifs pour la tuberculose alors que le nombre effectivement signalé était de 314 211. Seuls 27 000 VIH-positifs sans tuberculose évolutive ont commencé un traitement préventif à l'isoniazide (0,1 % des 33 millions de sujets qu'on estime infectés par le VIH), presque tous au Botswana.
 15. Au total, 23 353 cas de tuberculose MR ont été notifiés en 2006 dont un peu plus de la moitié dans la Région européenne. Parmi ces cas notifiés, on sait qu'un traitement répondant aux normes fixées par les directives de l'OMS a commencé uniquement pour les 2 032 cas signalés par des projets et des programmes approuvés par le Comité Feu Vert.
 16. Le nombre total de cas de tuberculose MR pour lesquels les pays prévoient de commencer un traitement en 2007 et 2008 est d'environ 50 000 pour chacune des deux années. Les projections pour 2008 sont bien inférieures à la cible de 98 000 fixée dans le plan d'intervention mondial contre la tuberculose MR et ultrarésistante. C'est surtout en Europe, en Asie du Sud-Est et dans le Pacifique occidental, et dans ces deux dernières Régions en Chine et en Inde en particulier, que le déficit est le plus important. Une forte extension des services s'impose pour atteindre les normes fixées dans les directives de l'OMS.
- Renforcer les systèmes de santé ; impliquer tous les soignants*
17. La mise en œuvre des éléments 3 à 6 de la Stratégie Halte à la tuberculose est actuellement moins bien comprise que celle des éléments 1 et 2, les données disponibles étant plus limitées.
 18. Dans le domaine du renforcement des systèmes de santé (élément 3), le diagnostic et le traitement de la tuberculose sont entièrement intégrés aux services de santé généraux dans la plupart des pays. Les liens avec les cadres de planification du secteur de la santé en général ou du développement varient, mais l'alignement sur des approches sectorielles est assez satisfaisant dans les pays notifiant des données. L'approche pratique de la santé respiratoire est appliquée au stade pilote ou élargie à l'échelle nationale par 15 pays et figure dans les plans de 73 pays. De nombreux pays ne disposent pas encore de plans complets de développement des ressources humaines ni d'une évaluation récente des besoins en personnels.
 19. Parmi les 22 pays à forte charge de morbidité tuberculeuse qui regroupent 80 % des cas dans le monde, 14 sont en train de renforcer leurs approches public-privé et public-public pour associer tout l'éventail des dispensateurs de soins à la lutte antituberculeuse, et sept ont utilisé les normes internationales de soins pour la tuberculose afin de faciliter le processus. La contribution des différents dispensateurs à la détection, à la référence et au traitement des cas restera incertaine tant que les formulaires dont l'OMS a recommandé l'utilisation pour l'enregistrement et la notification n'auront pas été plus largement introduits.
- Donner aux personnes atteintes de tuberculose et aux communautés la capacité d'agir ; encourager et promouvoir la recherche*
20. Des enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques ont été effectuées dans 13 des 22 pays à forte morbidité pour contribuer à la mise au point d'activités de sensibilisation, de communication

et de mobilisation sociale. Il s'agit là toutefois d'un domaine encore nouveau pour de nombreux pays qui ont besoin de recommandations et d'un appui technique bien plus importants. Vingt des 22 pays à forte morbidité ont fait état d'une participation des communautés aux soins. La recherche opérationnelle (qui fait partie de l'élément 6) a été mentionnée par 49 pays.

Financer la lutte antituberculeuse

21. Les budgets des programmes nationaux de lutte antituberculeuse dans les pays à forte morbidité s'établissent au total à US \$1,8 milliard en 2008, contre US \$0,5 milliard en 2002, le montant total pour 2008 étant pratiquement le même qu'en 2007 ; les budgets de ces programmes pour les 90 pays regroupant 91 % des cas mondiaux de tuberculose et qui ont signalé des données complètes s'établissent au total à US \$2,3 milliards en 2008. Ces budgets correspondent à des dépenses de l'ordre de US \$100 à 300 par malade soigné.
22. La stratégie DOTS absorbe la part la plus importante des budgets de la tuberculose dans la plupart des pays. Les budgets consacrés au diagnostic et au traitement de la tuberculose MR sont devenus particulièrement importants en Fédération de Russie (US \$267 millions) et en Afrique du Sud (US \$239 millions) et ils représentent ensemble 93 % des budgets de pays à forte morbidité consacrés à la tuberculose MR.
23. A quelques exceptions près, les budgets nationaux de la tuberculose n'englobent pas les coûts associés à l'utilisation des ressources des systèmes de santé généraux, par exemple les personnels et l'infrastructure de la lutte antituberculeuse. En ajoutant ces coûts aux budgets nationaux de la tuberculose, on estime que le coût total de la lutte antituberculeuse dans les pays à forte morbidité atteindra US \$2,3 milliards en 2008 (contre 0,6 milliard en 2002), et US \$3,1 milliards pour les 90 pays notifiant des données. Les coûts par malade traité sont généralement de l'ordre de US \$100 à 400.
24. Dans les 22 pays à forte morbidité, les budgets nationaux et les estimations du coût total des activités de lutte antituberculeuse prévus en 2008 sont très semblables à 2007, sauf dans cinq cas (Brésil, Ethiopie, Mozambique, Nigéria et République-Unie de Tanzanie). Cette stagnation est préoccupante car elle semble indiquer que la décélération en matière de détection des cas observée en 2005 et 2006 pourrait se maintenir en 2008.
25. Le financement de la lutte antituberculeuse est passé en 2008 à US \$2,0 milliards dans les pays à forte morbidité et à US \$2,7 milliards dans les 90 pays notifiant des données. L'augmentation provient principale-

ment de ressources intérieures en Afrique du Sud, au Brésil, en Chine et en Fédération de Russie et de subventions du Fonds mondial dans les autres pays. Dans l'ensemble des pays à forte morbidité en 2008, les autorités nationales couvriront 73 % de l'ensemble des coûts de la lutte antituberculeuse et les subventions 13 % (dont US \$200 millions du Fonds mondial). Les déficits de financement signalés pour 2008 atteignent au total US \$328 millions dans les pays à forte morbidité (14 % de l'ensemble des coûts) et US \$385 millions dans les 90 pays notifiant des données (13 % de l'ensemble des coûts). Seuls cinq des pays à forte morbidité n'ont pas signalé de déficit de financement pour 2008 (Afrique du Sud, Bangladesh, Ethiopie, Inde et Indonésie).

26. Les déficits de financement signalés par les pays seraient plus importants si l'on alignait les plans des pays et les évaluations des besoins de fonds sur le plan mondial. Pour 2008, l'écart entre le montant total des fonds disponibles indiqué par les pays et le montant total des besoins de financement prévu dans le plan mondial est de US \$0,8 milliard dans les pays à forte morbidité et de US \$0,9 milliard dans l'ensemble des pays notifiant des données. La différence est due en grande partie aux budgets plus élevés consacrés à la tuberculose MR (Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental), aux activités de collaboration tuberculose/VIH (Régions de l'Afrique et de l'Asie du Sud-Est) et aux activités de sensibilisation, de communication et de mobilisation sociale (ensemble des Régions) dans le plan mondial.
27. Plusieurs pays ont des plans et des budgets qui sont bien alignés sur le plan mondial. De nombreux pays d'Afrique ont commencé, et dans certains cas mené à bien, la mise au point de plans et de budgets à moyen terme utilisant un outil de l'OMS qui vise à appuyer la planification et la budgétisation conformément aux cibles fixées dans le plan mondial. Il est maintenant crucial de mener à bien ce travail et de l'étendre à d'autres pays pour servir de base aux efforts intensifiés visant à mobiliser les ressources nécessaires sur le plan interne et auprès des donateurs.

Progrès réalisés en vue d'atteindre les cibles en matière de résultats

28. Le taux mondial de détection des cas pour les nouveaux cas à frottis positif dans les programmes DOTS est estimé à 61 % en 2006 (ce qui correspond aux 2,5 millions de cas notifiés divisés par les 4,1 millions de cas estimés), en légère augmentation par rapport à 2005, mais encore loin de la cible de 70 %. La Région du Pacifique occidental (77 %) ainsi que 77 pays ont atteint la cible de 70 % ; alors que la Région des Amériques (69 %) et celle de l'Asie du Sud-Est (67 %) sont un peu au-dessous. En revanche, les autres Régions sont beaucoup plus éloignées

de la cible, à savoir la Méditerranée orientale (52 %), l'Europe (52 %) et l'Afrique (46 %). La Région européenne pourrait atteindre la cible en améliorant la couverture de la population par la stratégie DOTS ainsi qu'en recourant à l'examen microscopique des frottis.

29. Le taux estimé de détection des cas dans la Région africaine en 2006 est peut-être en deçà de la réalité, car il est difficile de distinguer l'effet de l'amélioration des programmes de l'effet de l'épidémie de VIH sur les notifications. Les travaux analytiques du genre de ceux qui ont récemment été entrepris au Kenya, et les nouvelles enquêtes sur la prévalence de la maladie prévues dans plusieurs pays africains, contribueront à améliorer les estimations.
30. Le taux des succès thérapeutiques dans le cadre des programmes DOTS était de 84,7 % en 2005, juste au-dessous de la cible de 85 %. C'est là le taux le plus élevé obtenu depuis l'introduction d'un suivi fiable, malgré l'augmentation de la taille de la cohorte évaluée à 2,4 millions de patients en 2005. Les taux de succès thérapeutiques les plus faibles ont été enregistrés dans la Région européenne (71 %), la Région africaine (76 %) et la Région des Amériques (78 %). La Région de l'Asie du Sud-Est et celle du Pacifique occidental ainsi que 58 pays ont atteint la cible de 85 % et la Région de la Méditerranée orientale, avec 83 %, n'en était pas loin.
31. Sur la base des données et des estimations actuelles, la Région du Pacifique occidental a atteint la cible de détection des cas de 70 % (en 2006) et la cible des succès thérapeutiques de 85 % (en 2005), de même que 32 pays dont cinq parmi ceux à forte morbidité, à savoir la Chine, l'Indonésie, le Myanmar, les Philippines et le Viet Nam.
32. On a observé un ralentissement des progrès dans le domaine de la détection des cas au niveau mondial entre 2005 et 2006, et un coup d'arrêt en Chine et en Inde, la cible de 65 % pour 2006 fixée dans le plan mondial n'ayant pas été atteinte. Ensemble, la Région africaine, la Chine et l'Inde regroupent 69 % des cas non détectés.

Progrès réalisés en vue d'atteindre les cibles concernant l'impact

33. Au niveau mondial, le taux d'incidence de la tuberculose pour 100 000 a légèrement diminué (-0,6 % entre 2005 et 2006), après avoir atteint un pic vers 2003. En

2006, le taux d'incidence pour 100 000 était relativement stable dans la Région européenne et légèrement en baisse dans toutes les autres Régions de l'OMS (la diminution entre 2005 et 2006 s'établissant entre 0,5 % dans la Région de l'Asie du Sud-Est et 3,2 % dans la Région des Amériques). La cible 6.C de l'OMD 6, qui vise à maîtriser la tuberculose et à commencer à inverser la tendance, sera atteinte bien avant la date butoir de 2015 si la tendance mondiale est maintenue.

34. Les taux de prévalence et de mortalité pour 100 000 diminuent plus rapidement que l'incidence. Au niveau mondial, les taux de prévalence ont diminué de 2,8 % entre 2005 et 2006, étant ramenés à 219 pour 100 000 (alors que la cible pour 2015 était de 147 pour 100 000). Les taux de mortalité ont eux diminués de 2,6 % entre 2005 et 2006, pour atteindre 25 pour 100 000 (alors que la cible pour 2015 était de 14 pour 100 000).
35. Si les tendances de la prévalence et de la mortalité des cinq dernières années sont maintenues, les cibles du Partenariat Halte à la tuberculose qui consistent à réduire de moitié les taux de prévalence et de mortalité d'ici 2015 comparativement aux niveaux de 1990 pourraient être atteintes dans les Régions de l'Asie du Sud-Est, du Pacifique occidental et de la Méditerranée orientale, ainsi que dans celle des Amériques. Mais il est peu probable que l'on réussira à atteindre les cibles au niveau mondial, car les Régions africaine et européenne sont loin du niveau fixé. C'est ainsi qu'on estime à 83 pour 100 000 les décès en 2006 dans la Région africaine, alors que la cible pour la Région est de 21.
36. Alors que les programmes DOTS parviennent à réduire les taux de mortalité et de prévalence, une nouvelle analyse écologique laisse penser qu'ils n'ont pas encore eu un impact majeur sur la transmission et les tendances de l'incidence tuberculeuse dans le monde entier. Si tel est le cas, le défi consiste à montrer que le diagnostic de tuberculose évolutive peut être réalisé suffisamment tôt, et que les taux de succès thérapeutiques peuvent être suffisamment élevés pour avoir un impact substantiel sur l'incidence sur une grande échelle géographique. Plus l'impact de la lutte antituberculeuse sur l'incidence est important, plus on a de chances de réduire de moitié les taux de prévalence et de mortalité d'ici la date butoir de 2015 pour les OMD.